

19-1 摂食・嚥下リハ

OE法併用し、経口摂取へ移行した一症例～管理栄養士の関わり～

世田谷記念病院

あわた まゆ

○栗田 麻友 (管理栄養士), 山本 祐子, 前田 朝美

【目的】 間歇的口腔食道経管栄養法 (intermittent oro-esophageal tube feeding:OE法) は、経口からチューブを挿入し、栄養剤注入後はチューブを抜去する方法で、嚥下訓練をチューブフリーで行えるという利点がある。また、経口的にチューブを飲み込むこと自体が嚥下訓練にもなる。しかし、当院では経鼻胃管が多いのが現状である。今回、管理栄養士の立場から栄養補給と嚥下訓練目的としたOE法を提案し、経口摂取へのスムーズな移行と栄養状態や身体機能の改善を試みた。

【対象】 左視床出血後リハビリ目的で入院した70歳代男性。

【方法】 入院時の食事形態は医師、言語聴覚士との評価で決定した。モニタリングを週に1回実施し、ミールラウンド、VFの結果、吸引時の状況の観察も行い栄養補給ルート、食事形態、栄養量の提案を行った。

【結果】 入院時3食全粥・刻み食、Alb4.0、BMI19.4、FIM29点、10m歩行実施不可、座位保持可能レベル。6病日目、痰の増量と肺炎により熱発し、禁食、TPN管理へ変更。解熱後、TPNは継続、昼のみペースト食1/2量で再開。30病日目、摂取量の不足は継続。60病日目、VFの結果から頭隆起挙上減弱が認められた。栄養補給ルートとしてOE法を医師へ提案し、不足分の栄養量を調整した。90病日目、3食ペースト食に移行し、眠前に白湯のみ投与した。120病日目には、3食ムース食摂取可能となり、眠前の白湯も中止。150病日、痰が増量し、本人の希望もあってペースト食へ食形態を下げ、施設退院した。Alb4.3、BMI19.9、FIM46点、10m歩行44秒、座位で食事摂取可能な状態にまで改善した。

【考察・結果】 OE法により経口摂取不足分の栄養量を確保したことで、必要栄養量が充足し、経口摂取への移行と栄養状態や身体機能改善にも繋がったと考える。管理栄養士として、摂取栄養量、血液生化学検査だけでなく、VFなどの嚥下機能検査結果や、吸引状況など多角的に観察し、栄養ルートを検討する重要性があると感じた。

19-2 摂食・嚥下リハ

食事摂取量が低下した患者に対するKTBCを使用した包括的アプローチ
～住み慣れた施設への退院を目指して～

昭和病院 看護部

みちなか としなり

○道中 俊成 (看護師), 秋田 三千代, 二宮 冨弥, 福井 隆志

【はじめに】

当院では摂食嚥下障害患者の退院支援に多く携わっているが、行っているケアが嚥下機能以外の身体的・心理的状态について十分評価されていないことがある。今回、「口から食べるバランスチャート®」(以下: KTBC)を用いて評価・分析を行い、施設退院が困難と判断された患者に対して包括的アプローチを実施した。

【研究方法】

対象: 食事摂取量が低下し、施設退院が困難となった患者1名。(A氏)

分析方法: ケア介入前後のKTBCを比較し、評価・分析を行った。

【結果】

入院時のKTBCによる評価は、食べる意欲は1点、嚥下機能や口腔内の状態は2点、その他姿勢や栄養状態についても1点から2点であった。経鼻経管栄養についてA氏は拒否があり、家族も「自然に看たい」とのことから実施しなかった。しかし、A氏は「施設に帰りたい」と希望があり、施設退院の条件である経口からの食事摂取を目標に取り組みを実施した。輸液による脱水の改善を行いながら、本人の嗜好に合わせた食事や補助食品等を栄養課に依頼し、1日の摂取量の目標を設定した。

介入1か月後より食べる意欲の向上がみられ、食事の提供量を徐々に増加。嚥下状態、栄養状態については4点から5点へ改善。姿勢や活動性については、食事摂取量が3食ともに8割以上可能となった時に離床を行った。左麻痺による体幹の傾きがあったが、ポジショニングにより1時間以上の座位と自力での食事摂取が可能となった。

【考察】

食事摂取量が低下した患者の評価では、摂取量や栄養状態については注意深く観察しているが、食事動作や活動、食べる意欲については評価が軽薄となっていることが多い。KTBCでは嚥下機能だけでなく、身体的・心理的状态を点数化し、それぞれの強み、弱みを明らかにすることができる。KTBCにより機能を点数化し、包括的にアプローチすることで、摂食機能だけでなくADLやQOLの向上につながり、本人が希望する施設退院が可能となったと考える。

19-3 摂食・嚥下リハ

当院回復期リハビリテーション病棟における義歯の適合と関連するデータの分析

江藤病院 リハビリテーション部

かわもと ゆき

○河本 祐貴（言語聴覚士），榎本 卓也，松本 要子，清水 愛子

【背景】

当院では回復期リハビリテーション病棟立ち上げ以降、急性期病院から経管栄養で入院する患者数が増加し、それに伴い、義歯調整が必要な患者も増加している。

【目的】

義歯の適合、不適合が患者にどのような影響を与えているかを調査することで非経口摂取の段階でも義歯を装着しておくことの必要性を検討する。

【対象】

2017年10月1日から2019年9月30日に現病により経管栄養で回復期リハビリテーション病棟入院となった患者のうち義歯を有し、入院中に経口摂取となった25人。

【方法】

対象患者を義歯適合群10人と不適合群15人の2群に分け、「発症から当院入院までの日数」「在院日数」「入院から経口摂取開始までの日数」「退院時のFunctional Independence Measure（以下、FIM）利得」「アウトカム」の統計的有意差をR.2.8.1で分析する。

【結果】

「在院日数」は $P = 0.041$ で適合群が有意に短く、「退院時のFIM利得」は $P = 0.016$ 、「アウトカム」は $P = 0.006$ で適合群の方が有意に高い結果となった。その他の項目に関して有意差はなかった。

【考察・結論】

回復期リハビリテーション病棟入院時点で義歯が適合していることが短期間での身体機能の改善に寄与し、また在院日数の短縮に繋がっていることが示唆された。咬合支持域の減少が筋力や平衡機能の低下と関連しているという報告があり、今回は義歯の適合、不適合により起こった咬合支持域の差が筋力や平衡機能に影響した可能性がある。義歯不適合の要因の一つに発症から義歯を装着していなかった期間が影響していると仮定したが、今回は有意差がなかった。しかし、義歯は装着していないと不適合となりやすいといわれており、非経口摂取の段階でも義歯を装着しておくことが必要である。

19-4 摂食・嚥下リハ

意識障害により食事摂取に難渋した症例
～覚醒向上、食事摂取量増加を目指して～

富家千葉病院 リハビリテーション室

つつみしょうき

○堤 翔希（言語聴覚士）、三橋 護正、村越 大輝

【初めに】

脳血管障害をはじめ意識障害を有する患者への食事介入は危険を伴う。しかし、食事摂取量の低下は栄養値に加えADL・QOLの低下を招き、自宅退院への阻害因子となる。今回、意識障害により食事摂取を摂ることが困難な脳梗塞再発症例を経験したので報告する。

【症例】

80歳代女性 現病歴：X年Y月Z日に左ACA領域の脳梗塞と診断されA病院入院。発症+38日目（以下+日目）に当院入院。+93日目に右側に共同偏視が出現し右MCA領域梗塞、右小脳梗塞にてA病院搬送。+111日目に再入院。

+114日目、再入院後ST評価ではJCSⅢ桁、RSST：0回、MWST：3点。食事形態は全粥、ミキサー食、水分トロミ付。食事中傾眠状態が多く、傾眠時は食事介助を要し食事摂取量は4.1割。再入院時よりPT、OT、Nrsに相談、覚醒向上目的で6時間/日程度離床。STは覚醒向上及び嚥下反射惹起性向上目的にて口腔ケア・のどのアイスマッサージを5～10分程度実施し、覚醒時は会話等の刺激入力実施。

【経過】

意識障害で食事摂取量が低下した症例に覚醒向上目的にて離床促しと口腔ケア・のどのアイスマッサージを実施。+118日から、ST訓練では刺激導入機会を増やすため午前と午後に分け口腔刺激を実施。JCSがⅡ桁台になる場面が増え、食事摂取量は5.8割へ向上。+125日では自力摂取機会が増加し5.6割、+132日目には6.6割と摂取量が増加。+153日、日中JCSⅠ桁～Ⅱ桁台、食事前にはJCSⅠ桁台と改善。

【考察】

ST訓練時、口腔ケア・のどのアイスマッサージで口腔刺激を与え、脳幹網様体を賦活したことで食事時の覚醒レベルが向上し、自力摂取機会や食事摂取量の増加につながったと考えられる。当症例を経験したことで、今後意識障害患者に対しては口腔ケア・のどのアイスマッサージを行っていきたいと考えた。

19-5 摂食・嚥下リハ

食べられるってすばらしい

富家千葉病院 看護部介護科

たさき こうすけ

○田崎 虹佑（介護職）

〈はじめに〉

当病棟は59名の患者様が入院されている。透析患者様が25名、そのうち22名が食事を召し上がられている。食事介助や援助に携わる中で食に関心が無いことが多く見られる事がある。食事というのは生きていく上で必要不可欠である。

摂取量が低下されている患者様に対して、より食事を楽しんでもらうために摂取量の向上を目的として看護・介護職員を対象にアンケートを取り、その中の4つの方法を実施した。

〈対象者〉

Y様 80歳 男性 キザミ食 リーナレンMP 1日3本 自力摂取

O様 75歳 女性 一口大 クリミール 1日3本 自力摂取

K様 88歳 男性 一口大 半介助

K様 85歳 女性 一般職 自力摂取

〈期間〉

令和2年4月中旬～現在

〈方法〉

- ① ホワイトボードを使用し、メニューを知ってもらうことで食に興味を持たせる
- ② 目で楽しんでもらえる為、器を変える
- ③ 個々に好きな音楽を流す
- ④ 食事前にパタカラ体操を行う

〈結果・考察〉

器を変える事によって食に興味を持つことが増えた。

好きな音楽を流すことによってリラックスされた患者様もいた。

ラウンジで食事をするよう促したり、気の合う患者様と同じテーブルにした事でリラックスや笑顔が見え、摂取量が向上した。

気分により拒否が多く、実施出来ないこともあった。

食事摂取量を向上させるため試行錯誤するなかで、興味があれば食べてみたくなる事に気付いた。対象外でも効果があり、雰囲気作りの大切さや楽しいと思える食事環境を作っていきたい。

19-6 摂食・嚥下リハ

誤嚥リスクが高い患者に黒胡椒の香りをを用いた効果

緑水会病院 看護科

かわもと みちこ

○川本 導子（看護師）

I. はじめに

当病棟の患者は脳血管障害により寝たきりの高齢者が多い。嚥下機能が低下し経管栄養となり吸引をする事が多く、誤嚥による肺炎のリスクが高くなっている。

嚥下反射に重要な役割を果たす神経伝達物質にサブスタンスPがある。サブスタンスPが不足すると、嚥下反射が低下し、誤嚥性肺炎を引き起こす原因となる。サブスタンスPの放出を増加させるものの一つに黒胡椒があり、黒胡椒の香りを嗅ぐ事で吸引回数や痰の量、発熱や抗菌剤・解熱剤の使用が減少し、誤嚥の予防につながる効果が得られたのでここに報告する。

II. 研究方法

1. 対象者 痰が多く発熱を繰り返している患者5名
2. 研究期間 令和1年7月1日～9月30日
3. 研究方法

- (1) ガーゼに包んだ黒胡椒をベッドの頭元のフレームに吊るし香りを嗅ぐ
- (2) 吸引毎に痰の量を記入。量は点数化する。
多量は3点、中量は2点、少量は1点として計算する。
- (3) 黒胡椒の未使用時と使用時を比較し考察する。

III. 結果

吸引の回数は1931回から1915回で差は殆どなかった。

痰の量（点数）は3936点から3515点で、全員で減少した。

38℃以上の発熱回数は13回から5回に減少した。

抗菌剤・解熱剤の使用回数は93回から42回、96回から45回へと減少した。

IV. 考察

吸引回数に差がなかったのは、定時的に吸引を実施しており、貯痰音時の吸引実施との差に変化が生じなかったものと考ええる。

痰の量、抗菌剤・解熱剤が使用の減少したのは、黒胡椒の香りを嗅ぐ事で眼窩前頭皮質及び左側島皮質の血流が良くなり咽頭へのサブスタンスPの分泌が促進した事で嚥下機能が改善され誤嚥のリスクが低下したのと考ええる。

黒胡椒という身近な食物（香辛料）の香りを嗅ぐ事で、痰の量や発熱回数、抗菌剤・解熱剤の使用が軽減出来る結果となった。今後も他の方法と合わせて複合的に実施し、誤嚥による肺炎の予防が出来るように、取り組む事が重要であると考ええる。

19-7 摂食・嚥下リハ

摂食嚥下障害のある患者に口腔機能訓練を実施した効果

緑水会病院 看護部4階東

たぐち さちこ

○田口 幸子（介護福祉士）

I. 脳出血後遺症により右半身麻痺で食事を口に入れても咀嚼することなくすぐに飲み込んでしまう患者に咀嚼を促し、ゆっくり食事を楽しんでもらうことが出来るよう、口腔機能維持・向上に有効なパタカラ体操と嚥下関連筋の廃用予防に有効なアイスマッサージに着目し、昼食前に訓練を実施した結果、食事を咀嚼して食べることができたので報告する。II. 研究方法1対象者摂食嚥下障害のある患者1名2研究期間令和元年8月6日～10月31日3方法1) 昼食15分前に姿勢を整え、介助者はパタカラ体操のパネルを用いて患者と一緒に3回繰り返し行う。2) 凍った綿棒で口蓋弓・舌根部・咽頭後壁部に軽くアイスマッサージを行う。III. 結果咀嚼回数も3週間経過するまであまり変化がなかったが、4週間経過した頃から咀嚼をする回数が増えはじめた。訓練実施前は摂取時間が10分と短かったが、訓練後は咀嚼の回数も増えたことで摂取時間が20分位になったが、疲れることもなく食事をすることができた。V. 考察訓練を実施したことで、発声が良くなり、言葉が聞き取りやすくなった。これらは食事摂取時間を長くすると同時に介助者とのコミュニケーションを良好にする相乗作用が働き、口腔機能向上に一定の効果があったと考えられる。また訓練実施中に患者の笑顔が増えたことは、身体面だけでなく精神面でのQOLの向上にもつながったと考える。咀嚼をすることで唾液が増え、食塊が形成されることからムセもなく嚥下ができたと考える。口腔機能維持・向上には複数の訓練を同時に行うことが有効とされている為、パタカラ体操とアイスマッサージは基本の訓練として廃用予防に有効であると考えられる。

19-8 摂食・嚥下リハ

精神科入院・通院患者と関連施設入所者における摂食機能療法の取り組み

安来第一病院 言語聴覚療法科

あかい やすゆき

○赤井 靖之（言語聴覚士），小池 花子

【はじめに】

当院は精神科187床、一般科病棟198床を保有している。また関連施設には、特別養護老人ホーム、介護医療院、老人保健施設、認知症グループホームなど多くの施設がある。当院はSTの在席人数が県下でも多い特徴を生かし、摂食嚥下機能の評価介入として、関連施設へのSTの派遣や精神科領域への介入も積極的に行っている。STが施設や精神科領域で活躍する場面はまだまだ少なく、これまでの介入実績を分析することで今後の体制作りに役立てるとともに、当院での取り組みを考察含め報告する。

【方法】

調査対象は、精神科入院・通院患者と関連施設入所者として、平成29年1月から令和2年6月までの過去3年と半年分を後方視的に整理・分析した。データの収集方法としては、主治医からのリハビリ処方箋と介入後に作成する摂食機能療法報告書を基に、全体の評価件数や疾患・依頼内容及び評価後の取り組みについて分析した。

【結果】

全体の評価依頼件数は72件であり、内訳として精神科入院患者は52件、通院患者は2件、関連施設入所者は15件であった。他3件は評価依頼後に状態悪化した為、未介入となった。疾患名の最多が「アルツハイマー型認知症」で全体の50%であった。依頼内容の最多は、「むせの増強・肺炎を繰り返す為嚥下機能の評価する」で全体の35%であった。評価後STからの助言としては、口腔ケアの徹底が最も多かった。

【考察、まとめ】

精神科病棟、関連施設共通して食事前の口腔内環境の調整を必要とすることが多く、依頼内容でみられた、むせや誤嚥性肺炎予防、拒食に対してのアプローチとして歯口清掃と歯科治療を主とした口腔ケアが重要だと示唆された。当法人内では歯科衛生士の人数はまだまだ少なく、病棟及び施設においては口腔ケアの重要性が十分に周知されていないこともある。今回の分析結果から歯科衛生士の配置や口腔ケアの重要性を法人内でも十分に伝達・周知していくことが必要だと考える。

19-9 摂食・嚥下リハ

当院の慢性期高齢患者の嚥下障害と舌機能～嚥下機能と舌圧数値の変化～

1 総泉病院 リハビリテーション部, 2 総泉病院 診療部

かまた ゆうこ

○鎌田 祐子(言語聴覚士)¹, 小林 球記¹, 内山 由貴¹, 山崎 敦¹, 島倉 和郎², 内田 潤², 根本 有子², 大坊 昌史², 内野 福生²

【はじめに】

当院は慢性期高齢者が多く, 嚥下障害により非経口摂取や嚥下調整食を必要とする. 嚥下は, 先行期・準備期・口腔期・咽頭期・食道期に分けられる. 舌は, 食物の移送, 押し潰し, 食塊形成, 咽頭への送り込みといった役割を果たしている. 今回, 嚥下に重要な機能として, 舌機能の一つである舌圧に着目し, 舌圧測定を行い嚥下機能との関連を調べた.

【対象】

2018年9月～11月に当院入院中で, 言語聴覚士に評価・訓練の依頼があり, 臨床的・客観的検査(嚥下造影検査:VF, 嚥下内視鏡検査:VE)で嚥下障害を認めた障害群12例(平均年齢 76.5 ± 13 歳, 藤島グレード3～7)と, 対照群は常食摂取者8例(平均年齢 80.2 ± 8 歳, 藤島グレード10).

【方法】

対象20例の藤島グレード, 舌圧, 食形態, 摂取状況, 予後を調査. 舌圧は1度に3回測定したうちの最大値を採用した. 障害群には嚥下訓練を行い, 再度舌圧測定を実施. また, 障害群のうち4例には, 舌機能訓練(舌他動運動訓練・舌自動運動訓練・舌抵抗訓練・舌尖挙上訓練・舌側方運動訓練・綿球移送訓練)を併用した. 対照群は1度のみ舌圧測定し, 障害群の訓練実施前後の舌圧値と比較した.

【結果】

障害群の藤島グレードは3～7と変化なく, 訓練前の舌圧値は平均 13.8 ± 10.6 kpa, 訓練後は 20.8 ± 13.8 kpaであった. そのうち10例は舌圧値が上昇し, 舌機能訓練を併用した4例では食形態や摂取状況が改善した. また, 対照群8例の平均は 23.5 ± 7.5 kpaであり, 障害群の訓練後と差はなかった.

【考察】

慢性期高齢者の嚥下障害は, 原疾患に複数の疾患が加わり, 複雑化する可能性が考えられる. しかし, 経口摂取や舌機能訓練を継続したことにより舌圧が上昇し, 嚥下機能の維持改善につながったと思われた. 嚥下障害群は訓練後も引き続き嚥下調整食を必要としており, 嚥下には舌圧のみでなく舌の巧緻性・歯牙の状態・義歯の適合性, などの関与が考えられた. 今回, 舌圧測定は嚥下機能評価のひとつとして有用であった.

19-10 摂食・嚥下リハ

地域包括ケア病棟におけるPoint of Careリハビリテーションの取り組み
～食事場面への介入と効果～

1 芳珠記念病院 リハビリテーション室, 2 金沢大学医薬保健研究域保健学系リハビリテーション科学領域, 3 芳珠記念病院 診療局

ねむがき こういち

○合歓垣 洗一 (作業療法士)¹, 岩上 伽恵¹, 柴田 克之², 上田 佳史³, 仲井 培雄³

【はじめに】

Point of Careリハビリテーション (以下POCリハ) とは, 地域包括ケア病棟協会が提唱する補完代替リハの一つであり, 時間・単位・場所に縛られない20分未満のリハで, リアルタイムに直接「しているADL」に介入できる特徴がある。今回, 急性期機能を有する地域包括ケア病棟で, 早期ADLの改善を目的にOTが昼食場面を中心に介入するPOCリハに取り組んだ。その実施状況と成果について報告する。

【方法】

介入対象は, 当院内科に入院した要介護3以上かつ認知症高齢者の日常生活自立度がIV以下, 食事のポジショニングが必要な患者とした。POCリハを導入する前の2019年7月～9月を非介入期とし, 導入後の2019年11月～2020年1月を介入期とした。それぞれ3か月間に入退院した対象者は3名であった。各患者に対し, KTバランスチャートを用いて, 入院時と退院時の食事場面の評価を行った。

【結果】

KTバランスチャートとは, ①食べる意欲, ②全身状態, ③呼吸状態, ④口腔状態, ⑤認知機能, ⑥咀嚼・送り込み, ⑦嚥下, ⑧姿勢・耐久性, ⑨食事動作, ⑩活動, ⑪摂食状況レベル, ⑫食物形態, ⑬栄養の13項目から構成される。非介入期の患者の平均値は, ①②⑨に改善を認めた。一方, 介入期の患者は③④⑫以外すべての項目で改善を認め, 特に⑧姿勢・耐久性と⑨食事動作の項目で介入期の患者の方が, 改善率が大きい傾向にあった。また, 平均値の合計 (初期/最終) は非介入期 (35.3/37.3) と介入期 (38.5/48.9) であり, 介入期の方が改善率は大きい傾向にあった。

【考察】

食事場面にOTが介入することで, 適切な離床や自力摂取しやすいポジショニングが行えたことで, 食事動作や嚥下が改善したと考える。今後は病棟スタッフ全体で実践できるような取り組みを行い, 症例数も増やして検討していきたい。

19-11 摂食・嚥下リハ

言語聴覚士が呼吸リハビリテーションの導入に対して抱く不安要因の実態調査

平成病院 リハビリテーション課

かわち ゆうや

○河内 佑哉（理学療法士），小川 けい，秋田 透

【はじめに】

令和2年度診療報酬改定により，呼吸器リハビリテーション料の実施者に言語聴覚士（以下，ST）が追加された。しかし，STが呼吸リハビリテーション（以下，呼吸リハ）を実施するにあたり，卒後教育の体制としては未だ十分とは言えない。

【目的】

呼吸リハに対するSTの不安や卒後教育の要望を明らかにすること。

【方法】

平成医療福祉グループに所属する淡路圏域のST23名を対象とした。無記名の質問紙による郵送調査を行い，回収をもって同意とした。質問項目は，呼吸リハに関する不安（5項目），習得したい知識・実技（23項目），希望する学習方法（6項目）とした。知識・技術の選択項目は呼吸リハビリテーションに関するステートメント2018を参考とした。呼吸リハに関する不安は4件法で単一回答集計法とし，その他の回答は複数回答集計法を用いた。

【結果】

回答件数は23件，有効回答率は100%であった。導入への不安は，とてもある（39.1%），少しある（56.5%），ほとんどない（4.3%），全くない（0%）であり，約9割のSTが導入に際して何らかの不安を抱いていることがわかった。不安を抱く上位3項目は，プログラム立案や計画（78.2%），訓練方法や手技（73.8%），リスク管理や中止基準（69.5%）であった。知識面の需要は，患者選択と評価（65.2%），呼吸器疾患と摂食嚥下障害の関係（60.8%），概念・定義・病態別呼吸リハ（56.6%）であった。技術面の需要としては，呼吸練習（78.2%），胸郭可動域練習（73.9%），呼吸筋トレーニング（69.5%）であった。希望する学習方法は，実技（91.3%）が最も高かった。

【考察】

令和2年度診療報酬改定以前において，STが呼吸リハの対象者に直接的に関わる機会が少なかったことも要因の一つと考える。今回の調査結果を踏まえて，卒後教育の充実とSTを加えた多職種共同での呼吸リハを展開していくことが課題である。

19-12 摂食・嚥下リハ

嚥下造影検査を施行し多職種にてリスク方法を検討した結果、経口摂取の維持が可能となった症例

1 東名裾野病院 栄養課, 2 東名裾野病院 言語聴覚士, 3 東名裾野病院 診療放射線技師

まつかわ すみこ

○松川 純子 (管理栄養士)¹, 千綾 龍児¹, 秋丸 真裕子², 渡邊 功司³

【はじめに】

令和2年4～6月の3か月間で嚥下障害のある入院患者15名に嚥下造影検査（以下VF）を施行した。多職種で食事形態や食事の進め方・リスク管理の方法を検討した。その結果、検査前後で大きく変化をしたと思われる5症例について報告する。

【症例】

以下5症例について紹介する。

症例 I 88歳 M 病名：左肺腫瘍、左被殻出血

症例 II 65歳 F 病名：大脳皮質基底核変性症、てんかん発作

症例 III 84歳 F 病名：パーキンソン病、アルツハイマー型認知症

症例 IV 84歳 M 病名：肺癌、脳梗塞

症例 V 95歳 M 病名：多発性脳梗塞症、心房細動

【経過と概要】

症例 I

食事摂取は良好だが痰が多く肺炎を繰り返していた。食事量UP目的でVF施行。ゼリー食にて3食食べられる様になった。

症例 II

尿路感染を繰り返す。ゼリー開始したが微熱続くためVF施行。食形態とスプーン変更した。

症例 III

むせの理由が分からずVF施行。ゼリー少量可能と判断。ゼリーを開始し、さらに増量出来た。

症例 IV

キザミアんかけ提供。微熱続く為VF施行。副食の食形態変更で微熱もなくなった。

症例 V

肺炎繰り返していた。食後、誤嚥兆候がないが吸引多量で食物がひけるためVF施行。摂取前後の吸引実施で経口摂取出来ている。

【まとめ】

1、VFを通して多職種間の交流と、栄養士として活用性について学ぶことが出来た。

2、症例 I・II・IIIは、経口困難が妥当と考えた。しかし、短期間でも経口摂取維持でき、終末期医療に意義があると感じた。

3、症例 IVは、食形態は下がったが経口摂取の維持が出来た。

4、症例 Vは、経口摂取不能であったが、強い希望により食事を提供、維持出来ている。必ずしもVFの結果が全てではない事を考えさせられた。

19-13 摂食・嚥下リハ

摂食に変動あるパーキンソン病の患者への関わり～自立した楽しい食事をめざして～

ベトレヘムの園病院 看護科

とみた まさこ

○富田 まさ子 (介護福祉士), 森田 紋子, 小川 のり子, 保田 しのぶ

<はじめに>A氏は自力で食事ができ、笑顔が見られて食事を楽しんでいる時、かと思えば反応が乏しい場合は全介助にて介助者の判断で食事を切り上げ本人との関わりが薄く、楽しめていないよう感じられた。そこで食事の時間を楽しんでもらいたいと思い、介助者の統一した関わりにより「自立した楽しい食事」となるのではないかと考えた。

<目的>介助者の関わりにより楽しく意欲を持って食事ができるかを明らかにする。

<症例>A氏 84歳 パーキンソン病 女性

<方法>統一したケアを実施し、関わりの詳細の調査とアンケートCW11名 (回収率100%)

<調査期間> 第1回目R2.5/11~24 第2回目R2.6/2~15

<結果・考察>1回目では覚醒状態が良好なことが多く、朝食はほぼ全介助と8割以上自力摂取が二極化。昼食は半分以上の自力摂取が86%。夕食は3~5割以上の自力摂取が64%であった。2回目は全般通して覚醒不良が多く関わりの工夫をしてもほぼ全介助が70%であった。しかし自力摂取はできなかったが諦めず声掛けをし、介助にて全量摂取できた。アンケート結果では2週間統一したケアを実践しA氏の様子に変化なしは2人、変化ありは6人、どちらとも言えないでは3人であった。覚醒不良の状況時に関わったスタッフの気持ちでは自力摂取は厳しいと思ったのは4人、関わりの中で工夫しようと思ったのは6人だった。今回自立した楽しい食事に着目し調査した。覚醒不良時は必ずしも自力摂取ができなくてもスタッフが意識し工夫して関わる事により、食事が楽しい時間になるのではと考える。

<まとめ>摂食に変動のあるA氏に対し有効な関わりを明らかにすることはできなかったが、「楽しく意欲を持ってもらう食事介助」に対してスタッフの意識変化が得られた。

19-14 摂食・嚥下リハ

入院中に誤嚥性肺炎なく常食まで改善し自宅退院した症例

1 平成扇病院 リハビリテーション科, 2 平成扇病院

おがわら ゆうだい

○小河原 雄大 (言語聴覚士)¹, 芹沢 志帆¹, 小島 朗子¹, 高木 洋平¹, 佐野 哲孝²

【はじめに】

甲状腺全摘手術後に自宅退院したが誤嚥性肺炎となり、当院回復期へ入院された症例に対して嚥下訓練を実施したところ、誤嚥性肺炎を発症することなく常食で自宅退院するという良好な結果を得たので報告する。

【症例】

20代女性。201X年Y月当院回復期病棟に誤嚥性肺炎後の廃用症候群で入院。

【初期評価】

自発話は少なく、言動などから稚拙な印象を受ける。身長144cm。体重50kg。BMI24.1。

反復唾液嚥下テスト2回、改訂水飲みテスト4点（とろみあり）、フードテスト4点。

【評価及び経過】

当院入院時、全粥・刻み食を摂取していたが、ムセや湿性嘔声を認めていたため、嚥下造影検査（以下VF）を実施。とろみ水は嚥下反射惹起遅延により嚥下前誤嚥を認めた。固形物の誤嚥はないが食道入口部に多量の残留がみられ、それに対して自発的に複数回嚥下を行っていた。VF実施以降は食形態を全粥・ペースト菜へ変更。間接・直接嚥下訓練を行った。その間に他院にて嚥下内視鏡検査を行うもVF所見と変わらないとの返答あり。初回VFから1ヵ月後に再度VFを実施。水分については嚥下反射惹起遅延に改善がみられ誤嚥を認めなかった。固形物は咽頭残留の軽減を認めた。そのため食形態、及び水分とろみを変更した。本人と家族へ指導の元、入院3ヵ月後に自宅退院。入院していた3ヶ月間は一度も誤嚥性肺炎を発症されなかった。

【考察】

本症例に対し1ヶ月間集中的に間接訓練を中心に行った結果、舌骨上筋群の筋力が向上したと考えられる。また先行研究において『誤嚥性肺炎の発症リスクを低下させるためには、実用的な歩行獲得やADL向上を図るリハビリテーションが重要』とあるようにPT・OTによる歩行訓練や作業活動で離床時間を確保することができたことも1つの要因ではないかと推測する。以上より、本症例はVF結果にて誤嚥はしていたものの一度も誤嚥性肺炎を発症せずに自宅退院に至ったと考えられる。

両側反回神経麻痺により嚥下障害を呈した症例

世田谷記念病院 リハビリテーション科

とだ

○戸田 みずき (言語聴覚士), 守屋 淳一

【はじめに】今回,食道癌術後3ヵ月以上経過してもなお,両側反回神経麻痺,嚥下障害が残存した症例を経験した為,その経過を報告する.

【症例】2020年3月11日食道癌に対し,腹腔鏡下食道重全摘,開腹胃管再建,胸骨後経路頸部吻合,空腸瘻造設術施行.術直後,両側反回神経麻痺により声帯位置が傍正中位固定となり気切管理となった.反回神経麻痺は改善せず,前院では気切閉鎖と経口摂取は不可能と判断された.

【経過】入院時,MWSTは段階3b(嚥下音:逆流音),RSST6回/30秒,所見として右軟口蓋麻痺,声質は粗造性嗄声を認めた.6/22,VEを座位で実施.結果として,トロミ水分(嚥下学会分類段階2),ゼリー(分類0t)ともに咽頭残留,喉頭侵入を認めた.翌日よりリクライニング角度40度にてトロミ水分(段階2)の直接的嚥下訓練を開始.顎引き嚥下,息こらえ嚥下を指導した.その他,シャキア法,開口抵抗訓練,舌挙上抵抗訓練を実施した.7/20,VEを実施したが,入院時との変化を認めなかった.7/28,VFを施行.座位,トロミ水分(段階2)で誤嚥を認めた.リクライニング角度40度,トロミ水分(段階3)では,咽頭残留,喉頭侵入なく摂取可能であった.本人と家族にVF画像を使用し結果を説明.自宅での直接的嚥下訓練の指導を行いST介入終了となる.

【考察】本症例は廃用の要素を取り除く為,筋力訓練を中心に介入.自主トレーニングも行い負荷をかけたが,咽頭期における嚥下機能の著しい改善は認められなかった.要因として,反回神経麻痺だけではなく,迷走神経支配である軟口蓋や咽頭,喉頭筋にも麻痺が及んでおり嚥下圧減弱による咽頭残留,嚥下反射惹起遅延が生じていたと言える.嚥下機能の改善には,外科的手術の検討等,長期的なフォローが必要と思われるが,評価を行い安全な経口摂取が確立できたことで本人のモチベーションを維持することができた.

19-16 摂食・嚥下リハ

介護老人保健施設における摂食嚥下評価表導入に向けて—摂食嚥下に関する職員の実態調査—

弥刀中央病院 リハビリテーション科

にしむら めぐみ

○西村 恵美（言語聴覚士），西村 牧子，八尾 直樹，坂上 明規，前原 浩之

（はじめに）

当院系列の介護老人保健施設（以下施設）では、摂食嚥下に関する評価が必要な方は多い。しかし、専従の言語聴覚士（以下ST）は在籍しておらず、必要時に当院STが評価し、対応方法をその都度職員に伝達している。そこで、嚥下の基礎である5期モデルを用いた簡易的な嚥下評価表の導入可能か検討するため、施設職員にアンケートを行い、実態調査を実施した。

（方法）

施設の看護師、介護士、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、ケアマネージャー計42名を対象に、摂食嚥下や評価表に関する意識調査を実施した。（期間：2019年8月9日～17日）

（結果）

嚥下全般について、興味がある（73%）と答えた職員は多かった。評価表については、使用したい（64%）、必要と思っている（73%）と、導入に対して肯定的な意見が多かった。また、摂食嚥下に関する勉強会に参加してみたい（64%）に対し、勉強会に参加した事がない（64%）と意欲と行動には乖離がみられた。勉強会に参加できない理由として「時間がない」「難しいと感じる」を挙げる者が多かった。さらに、5期モデルについては、聞いた事がある（45%）、内容は知らない（45%）と、過半数を下回っており、認知度に課題を残す結果となった。

（考察）

嚥下全般に興味があると回答した職員が多く、評価表の導入に対しても肯定的な意見は多かったことから、簡易的な嚥下評価表の導入は可能と考える。しかし、摂食嚥下について難しいと感じる職員が多く、5期モデルの認知度も低いいため、まずは5期モデルの理解を深める事が必要と考える。そのために、導入としてSTが使用し、情報共有のツールとする事で、職員の摂食嚥下に関する知識や技能の向上を目指していく。他研究からも、評価表の使用により、他職種の判断力が向上したと報告があり、取り組みを続けていくことで、食事の安全性向上に繋がる事が期待できる。

19-17 摂食・嚥下リハ

嚥下フローチャート利用による多職種での経口食事摂取再開までの取り組み

西毛病院 診療部

たけだ ちひろ

○武田 千尋 (医師), 滝原 瞳

【はじめに】慢性期療養病棟入院中の患者は様々な疾患で絶食状態の患者が多い。食事を再開する場合、嚥下機能低下のため誤嚥性肺炎を併発するリスクが高く、嚥下機能訓練の介入の必要性が高い。しかし、診療報酬上の制約から言語聴覚士による嚥下訓練の回数は限られており、それ以外の食事場面では看護職、介護職による介助が必要となる。しかし、職員による嚥下状態の把握にばらつきがあると誤嚥性肺炎を起こすケースも見られていた。そこで、経口摂取開始から食事再開まで段階ごとに分けた嚥下フローチャート（以下、フローチャート）を作成し、段階ごとの評価を標準化し、安全に経口摂取訓練を進める方法を導入した。【方法】水分の経口摂取が可能と判断した患者に対し、水分摂取期、嚥下訓練用ゼリー摂取期、嚥下食Ⅰ、嚥下食Ⅱ、食事開始（ミキサー食）の5段階を設定したフローチャートを用意し、それぞれの段階ごとに客観的な評価基準を設けて嚥下状態を評価し、次の段階へのステップアップや中止を判断し、経口摂取訓練を行った。【結果および考察】経口摂取開始指示が出た患者の嚥下状態を、看護師、言語聴覚士がフローチャートの評価基準に従って評価し、結果を記入し、段階的に経口摂取訓練をステップアップした。フローチャート導入後、ミキサー食など嚥下食以上の食形態の食事摂取に移行できた症例が2例、嚥下食までではあるが肺炎を再燃せずに訓練を継続している症例1例を経験した。いずれも、フローチャートを利用することで、患者に関わる多職種の職員が患者の嚥下状態、摂取できる食形態、誤嚥リスクなどの情報を共有することが可能であった。その結果、誤嚥性肺炎の予防を行いながらその人に合ったゴール設定を行い、訓練を適切に進めることができ、患者のQOLを早期に改善する上で有効なツールであると考えた。

19-18 摂食・嚥下リハ

回復期リハビリテーション病棟における「食べる」ことへの支援

1 泉佐野優人会病院 看護部, 2 泉佐野優人会病院

はらだ みき

○原田 美紀 (看護師)¹, 野村 さゆり¹, 木原 佳子¹, 加藤 寛²

【目的】

回復期リハビリテーション病棟では、認知症や脳血管疾患の後遺障害などにより、摂食機能障害をきたした患者が多い。「食べる」ことをサポートすることは今後の患者のQOLの向上につながる。多職種協働のもと、個別性を重視し摂食機能向上に取り組んだ。

【対象】

①77歳女性 認知症・誤嚥性肺炎後廃用症候群の患者。入院当初は経鼻経管栄養。発熱を繰り返しており、歯肉炎がひどかった。②70歳男性 右被殻出血後で左片麻痺のある患者。入院当初は麻痺側に口腔内食物残渣、口外漏出、むせ込み、食事量のむらがあった。

【方法】

①前半は吸引や歯肉炎のケア、姿勢・耐久性の向上、全身状態の安定に努めた。後半は言語聴覚士を中心に咀嚼・嚥下機能・姿勢を調整しながら慎重に食事量を増やしていった。②嚥下造影検査による咀嚼・嚥下の評価、食事姿勢・動作・形態の工夫、間食を取り入れた栄養の確保などに取り組んだ。不安を傾聴し、心のケアも心掛けた。※振り返りもふまえ、KT（口から食べる）バランスチャートで患者の状態を評価した。

【結果】

①誤嚥性肺炎の再発なく経過し、経鼻経管栄養から脱却できた。経口開始当初は嚥下に時間が掛かり疲労感がみられていたが、徐々に安定して全量摂取できるようになった。②当初はリクライニング車椅子、自助食器使用していたが、椅子に座り、箸を使って食事できるようになった。食べる意欲が向上し、アルブミン値の改善がみられた。

【考察・結論】

当初は両患者とも食事に対し苦痛な様子がみられていたが、徐々に「食べる」ことで表情も明るくなった。今回、回りハ病棟の強みを生かし、多職種で協働し多方面からの関わりをもった。KTバランスチャートで振り返ることで、強化すべき点を見だし、患者に必要な個別性のあるアプローチを考え実施することができた。その結果、摂食機能が向上し「食べる」ことへの支援につながったと考える。

高次機能障害により不穩に陥りやすくなった患者の経口摂取に向けた取り組み

小平中央リハビリテーション病院 看護部

しもじ あきこ

○下地 亜希子（看護師）

1. 目的（はじめに）

高次機能とは、認知過程と行為の感情（情動）を含めた精神機能を総称する。これらの機能の統合が損なわれた状態を高次脳機能障害といい、前頭葉が障害されている場合は不穩に陥りやすいとされている。前頭葉リハビリテーションや高次脳機能に関する先行研究は多数あるが、高次機能と不穩・経口摂取に関する研究は少ない。今回、前頭葉障害を有する高次機能障害により不穩に陥り、自傷行為や否定的な発言を繰り返す患者に対し、楽しみにしていた食事を充足させることで不穩が減少するのではないかと考え本研究に取り組んだ。

2. 方法（内容）

A氏（40代・男性）。交通事故により外傷性クモ膜下出血・びまん性軸索損傷を受傷し、左上下肢および右下肢の麻痺・気管切開・胃妻の状態となった。当院へ転院となった当初、突然興奮して自身の顔を拳で殴打するなどの自傷行為や、口唇の動きで「死ぬ」「殺して」など生きることに拒否的な発言を繰り返した。一方で「チョコレート食べたい」「外食に行きたい」とも訴え、妻からは受傷前は食べることが大好きだったと話があった。そこで、食形態やポジショニングを多職種で連携しながら工夫を繰り返し、不穩の状況を観察した。

3. 結果（結論）

床上で昼食のみの摂取から開始し、5か月をかけ車イスでの昼・夕食の2食を経口摂取へ移行できた。摂取速度や1口量の調整が困難なため、介助での摂取だが拒否的な発言はなくなった。一方で、「美味しいお肉が食べたい」と訴えたり、食べる順番に怒り出すことは増え、不穩の解消には至らなかった。

4. 考察

三好は「口から食べることを支える看護の実践は、いのちに力を注ぐことであり、人間らしく生活していくことへの希望と喜びを取り戻していただくためのサポートである」と述べている。自力摂取や嚥下機能向上に向けた介入とともに、A氏らしい生活が送れるよう自宅退院も視野に入れ看護を継続していきたい。